



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL - DE MEXICO FEDERICO - GOMEZ

**SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES:
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y
REVISION DE LA LITERATURA**

T E S I S

PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
P R E S E N T A :
DOCTOR JOHN ZAMBRANO HABOUD



DIRECTOR DE TESIS:
DOCTOR ANTONIO ZAMORA CHAVEZ

GENERACION 1993 - 1996

CIUDAD DE MEXICO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA: a **Catina, Santiago, Jacqueline y mis padres**, soportes humano,
afectivo y material de mis estudios.

AGRADECIMIENTO:

A los maestros del Hospital Infantil de México por sus enseñanzas humanas y
Científicas

Doctor Enrique Dulanto Gutiérrez

Doctor Luis Eraña Guerra

Doctor José Ignacio Santos Preciado

INDICE

Presentación del caso clínico	1 - 3
Discusión.....	3 - 7
Definición.....	7
Aspectos históricos.....	8
Sinónimos.....	9 -10
Mecanismos de la enfermedad.....	10 - 11
Reconociendo la enfermedad.....	12 - 13
Prevalencia.....	15
Cuadro clínico.....	16
Características de los perpetradores.....	17
Hermanos de los pacientes.....	18
La víctima.....	19
Diagnóstico.....	19 - 21
Confrontación con el perpetrador.....	21
Tratamiento.....	22 - 23
Pronóstico.....	23 - 25
Aspectos éticos y legales.....	26 - 27
Bibliografía	28

OBJETIVOS:

Ante la presentación de una entidad nosológica notablemente rara y de tanta gravedad, consideramos obligatorio difundirla en sus aspectos clínicos y sobre todo los lineamientos a seguir para llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

Por desgracia, quienes estamos ligados al cuidado de pacientes pediátricos nos enfrentamos con cierta frecuencia a diversas formas de maltrato físico a cuyo diagnóstico llegamos con cierta facilidad a través del hallazgo de signos evidentes. Sin embargo, y por estar en países en vías de desarrollo, no observamos regularmente maltratos efectuados en una forma más elaborada como ha sido el caso que se presenta en este trabajo.

El objetivo fundamental de esta presentación es alertar a los médicos de nuestra especialidad sobre esta rara forma de maltrato al menor en la que la parte principal es el fraude que cometen los padres o tutores con el médico, quien a su vez, puede participar en el maltrato en forma no intencional, al realizar pruebas diagnósticas potencialmente nocivas.

JUSTIFICACION:

Consideramos que la presentación de este caso y la revisión de lo publicado hasta el momento actual, contribuirá a ampliar el diagnóstico diferencial en cuanto a las enfermedades que no tengan un curso esperado, lo que a su vez, permitirá detectar tempranamente los casos y probablemente disminuir la morbimortalidad en casos similares.

METODOLOGIA:

Una vez detectado el caso motivo del estudio, se revisaron los capítulos escritos sobre maltrato al menor en los clásicos Tratados de Pediatría de Nelson, Cruz-Hernández y Oski, obteniendo de éstos la información básica y la bibliografía más conocida sobre el tema. A su vez, de estos estudios se obtuvieron nuevas referencias bibliográfica, haciéndolo posteriormente en forma sucesiva.

Por otra parte, consultamos el sistema de información Med-Line revisando desde 1990 hasta la actualidad y además el Index Medicus abarcando el mismo período.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Una lactante de tres meses de edad es trasladada a nuestro Hospital con un cuadro de dos días de evolución caracterizado por hematemesis y melena, habiéndose manejado en su hospital de origen con ranitidina, plasma fresco y glóbulos rojos empacados. A su ingreso se encuentra en buenas condiciones generales, con anemia leve (hemoglobina de 11.4 g/dl), plaquetas normales y tiempos de coagulación ligeramente alargados. Se realiza endoscopia reportando estómago con zonas de edema, equimosis, hiperemia y mucosa friable. El resultado de histopatología fue gastritis crónica extensa con regeneración y atrofia leves. Cuarenta y ocho horas después de su ingreso reinicia la vía oral, en forma lenta por vómitos repetidos, egresando al noveno día con manejo ambulatorio con ranitidina y sucralfato. No tuvo durante su estancia, otros episodios de sangrado de tubo digestivo.

Al cuarto día de su egreso, acude nuevamente al hospital con hematemesis y melena de dos días de evolución, encontrándose en malas condiciones generales, taquicárdica, pálida y deshidratada por lo que manejan cargas de cristaloides para corrección del volumen intravascular. La biometría hemática reporta hemoglobina de 9.4 g/dl, plaquetas ligeramente bajas y tiempos de coagulación normales. Ameritó corrección de hipokalemia por potasio sérico de 2.5 mmol/L. Se transfunde con glóbulos rojos empacados a 10 ml/kg y se ingresa nuevamente al Servicio de Medicina Interna.

Al revisar nuevamente la inusual evolución clínica de la paciente y por antecedentes de

una conducta poco común en la madre quien en su primer egreso manifestó “regresaré pronto”, acudiendo este mismo día al Hospital refiriendo no encontrar los medicamentos prescritos y nuevamente al día siguiente por vómitos y diarrea insistiendo en la gravedad de la paciente, se sospecha la posibilidad de intoxicación. Se decide enviar una muestra de sangre al laboratorio solicitando niveles de salicilatos, dado que es una sustancia de fácil acceso y además, son conocidos sus efectos colaterales en mucosa gástrica. El resultado: 12.7 mcg/ml. Se insiste ante la madre sobre la posibilidad de haber administrado algún medicamento diferente a los recomendados, negándolo rotundamente. Sobre la alimentación manifestó que únicamente ella tiene acceso a la menor, y que ha notado que el color de la fórmula láctea que se le da en el Hospital es muy oscuro y que ésta debe ser la causa del sangrado.

Paralelamente se realizaron otros estudios para descartar diferentes etiologías de sangrado de tubo digestivo. La gammagrafía en busca de mucosa gástrica ectópica fue negativa. La concentración de gastrina sérica fue de 160 picogramos (normal de 20 a 100).

Posterior a la entrevista con la madre, se informa al Departamento Legal del Hospital la posibilidad de maltrato y se indica al personal de enfermería el acceso restringido de la madre y sólo bajo vigilancia, con prohibición expresa de alimentar a la paciente.

Se solicita apoyo al Departamento de Psicología quienes en la primera entrevista con la madre destacan su actitud de resistencia, ideas de autodesprecio y poca expresividad emocional. Se propone una alimentación vigilada para observación, concluyendo que

hay dificultades para un buen maternaje. Finalmente, y tras varios encuentros con la madre, se define la existencia de una personalidad patológicamente integrada con identificación proyectiva, y, amor/odio con la hija en primer plano: “la quiero mucho y desearía que no hubiera nacido para que no sufra”. Sobre la paciente se refiere que es de alto riesgo dada la personalidad patológica de la madre y su resistencia a recibir ayuda.

Clinicamente la paciente evolucionó favorablemente, y, hasta obtener una decisión en el aspecto legal, se decide trasladar a la paciente a un Hospital de Segundo Nivel, informándose de esta decisión a la madre. El día previsto para su traslado la madre reporta a los médicos que “mi hija tiene el mismo aspecto que luce cuando va a iniciar con el sangrado”. Se toman inmediatamente nuevos niveles de salicilatos, encontrándolos en 24.2 mcg/ml, casi el doble de la cifra de ingreso.

Posterior a este evento, se logró el traslado de la paciente como estaba planificado, quedando bajo custodia de la Procuraduría General de Justicia. La madre rechazó nuevamente la ayuda ofrecida por el Departamento de Psicología.

DISCUSION

Originalmente la paciente acudió a nuestro Hospital para estudio de la causa del sangrado digestivo alto, y, a su llegada, ya se había controlado el sangrado y también se habían revertido los datos de anemia.

En etapa inicial, y habiendo descartado procesos hemorrágicos de orden sistémico, se realizó endoscopia y biopsia reportando únicamente gastritis crónica, por lo que una vez superado el episodio agudo, y sin evidencia de enfermedad a ese momento, decidimos su egreso para continuar su control ambulatoriamente. Aún cuando la paciente egresó sin un diagnóstico etiológico definitivo, se tomó como un episodio aislado. Debemos anotar que en las ocasiones en que se inquirió a la madre sobre la posibilidad de administración de medicamentos, ésta lo negó enfáticamente.

Cuando acude a su segundo ingreso, en malas condiciones generales, con un descenso de 2 g/dl de hemoglobina en sólo 4 días, con datos claros de anemia como palidez y taquicardia, además de deshidratación y desequilibrio electrolítico, se manejó inmediatamente para corrección de estas alteraciones.

Posterior al control de este segundo episodio agudo, y analizando el caso retrospectivamente, nos llamó la atención ciertas situaciones poco usuales:

- durante su primera hospitalización, con una duración de nueve días, nunca presentó episodios de sangrado.
- el mismo día de su primer egreso la madre manifestó que regresaría pronto. Esta afirmación se cumplió ya que este mismo día regresó por la noche para comentar a los médicos de guardia que no había obtenido ranitidina ni sucralfato en ninguna farmacia, a pesar de ser medicamentos de uso relativamente común.

-Al día siguiente de su egreso, retornó al Hospital refiriendo que la paciente tenía vómitos incoercibles y que se encontraba grave, situación que no se comprobó.

- El día de su segundo ingreso, al internarse en el Servicio de Medicina Interna, al ser recibida por el médico de guardia, le refirió en tono acusatorio: "ahora sí deseo que me la entreguen curada".

Con el análisis de esta conducta materna tan inusual, pensamos en la posibilidad de intoxicación intencional de la paciente y que la sustancia usada estuviese causando hemorragia por acción directa sobre la mucosa gástrica, dada la ausencia de manifestaciones generales independientes de la anemia. El screening toxicológico es muy difícil de realizar a ciegas (1), por lo que tendríamos que encontrar un medicamento que sea de venta libre, que sea accesible, de uso frecuente, y además que sea detectable por nuestro laboratorio de farmacología. Por estos motivos se solicitó niveles de salicilatos en sangre, encontrándolos elevados.

En este momento aparecen muchos sentimientos a los que el médico no es extraño, en su condición de ser humano, ya que lo que normalmente debería considerarse un éxito como es establecer un diagnóstico muy difícil, fue para nosotros un diagnóstico muy doloroso. Existe entre el cuerpo médico un rechazo a poder creer en la posibilidad de maltrato cuando se enfrenta a una situación de este tipo (2). Probablemente por este embargo continuamos con el protocolo para estudio de hemorragia digestiva alta obteniendo siempre resultados negativos. Lo único a resaltar es la elevación de gastrina

sérica, lo que se relaciona con la administración de antagonistas de receptores H2 (como ranitidina) que ocasionan disminución de la inhibición por retroalimentación de la gastrina, dependiente normalmente de la secreción de hidrogeniones (3). Hay quienes consideran que las pruebas diagnósticas deben suspenderse de inmediato (4).

Con todo lo anterior, era indudable la evidencia de maltrato y el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes y estábamos ante el paso más delicado: confrontar a la madre. Esta época del diagnóstico es particularmente difícil dado que se presentan intentos suicidas en algunos casos. En la revisión más amplia que se ha realizado sobre el síndrome, se encontró 12 madres suicidas entre 117 casos (5). Lo que es una característica invariable es la negación por parte del perpetrador acerca de lo ocurrido (6). Además de la negación de la etiología real, se intenta manipular a los médicos a través de explicaciones muy ingeniosas (1). En nuestro caso, la madre manejaba que en ocasiones “una anciana había entrado a su casa y probablemente le haya administrado algo a la niña. Posteriormente nos acusó de que la fórmula láctea que le daban a su niña era muy oscura y ésta era la causa de su enfermedad. Es habitual que quienes ocasionan el maltrato se mantengan neciamente en su negación a pesar de múltiples explicaciones (7). Ante la resistencia de la madre, se solicitó apoyo al Departamento de Psicología, de quienes la madre rechazó todo tipo de ayuda.

En este momento, se decidió restringir el acceso de la madre y con prohibición explícita de participar en la alimentación. El tratamiento médico del niño es la primera prioridad y casi siempre se obtiene separando al paciente del causante del maltrato (8). Se informó

asimismo al Departamento Legal del Hospital para que tome las acciones correspondientes.

Lo realmente sorprendente para nosotros fue que la madre repitiera iguales maniobras para evitar que su niña fuese trasladada, ya que quedaría bajo custodia legal. Sin embargo, se reporta que hasta un 70% de los casos, el abuso ocurre durante la hospitalización del paciente (5), ésto antes de descubrirse el maltrato. También es conocido que la fabricación de enfermedades puede repetirse (9), por lo que insistimos en la necesidad de protección legal para el menor.

DEFINICIÓN

La definición más aceptada de la enfermedad se realizó diez años después de la descripción del caso inicial, y fue posterior al análisis de 117 casos reportados hasta 1987 (5):

1. Enfermedad de un niño, fingida o producida por uno de los padres o por quien es in loco parentis; y,
2. Presentación del niño para cuidado y atención médica, persistentemente, casi siempre resultando en procedimientos médicos; y,
3. Negación por parte del perpetrador de la etiología de la enfermedad del niño; y,
4. Síntomas y signos agudos que se resuelven cuando el paciente es separado del perpetrador.

La definición específicamente excluye: abuso físico, abuso sexual y falla no orgánica del crecimiento.

ASPECTOS HISTÓRICOS

La primera vez que en la literatura médica se utilizó el nombre Munchausen fue en 1951 cuando el médico británico Asher designó con este nombre a pacientes adultos que fingían enfermedades crónicas ficticias. Pasaron veintiséis años hasta que otro médico inglés, Roy Meadow (10), introdujera este término en la literatura pediátrica al reportar dos casos -uno de éstos fatal- en que las madres produjeron enfermedades ficticias en sus niños. Para establecer una diferencia con el término acuñado por Asher, se propuso el término Munchausen Syndrome By Proxy, que se tradujo al castellano como Síndrome de Munchausen por Poderes.

El nombre Munchausen se tomó de un personaje alemán del siglo XVIII, Hyeronimus Karl Friederich von Munchausen, quien fue un aristócrata de distinguida carrera militar, quien una vez en el retiro se dedicó a contar historias de guerra, caracterizadas por su gran fantasía. Uno de los amigos del Barón von Munchausen, recopiló las historias y las publicó originalmente en Inglaterra.

La similitud de las historias del Barón con las contadas por sus pacientes, en cuanto a su contenido fantástico y fabuloso, llevó a Asher a tomar este nombre para designar a sus pacientes con enfermedades ficticias.

SINÓNIMOS

Posterior a la introducción del término original por Meadow, Síndrome de Munchausen por Poderes, que es el universalmente aceptado, diversos autores han intentado utilizar terminologías diferentes para situaciones clínicas similares.

Un término que tuvo mucho auge fue Síndrome de Polle (11,12), que se utilizó para designar casos de Síndrome de Munchausen por Poderes sufridos por niños cuyos padres presentaban el Síndrome de Munchausen descrito inicialmente por Asher. Esta situación se dio porque el Barón von Munchausen, en su segundo matrimonio con la adolescente Bernhardine von Brunn, tuvo una hija, María Wilhelmina, quien falleció probablemente por enfermedad epiléptica antes de cumplir un año de edad. La supuesta hija del Barón fue desconocida por él mismo el día de su bautizo en la Iglesia Luterana de Polle. Posteriormente, el propio Meadow (13) se encargó de desvirtuar la utilidad de dicho término al referir que era poco probable que el Barón hubiese tenido un hijo-a, que la segunda esposa del Barón nunca tuvo una hija llamada Polle, y que, Polle es el nombre de un pequeño pueblo de la Baja Sajonia donde nunca las mujeres han sido ligadas a conductas maternas peligrosas.

Por la frecuencia con que los casos de Síndrome de Munchausen por Poderes se asocia a la administración de sustancias químicas para producir la enfermedad, se utilizó

también el término de Niño químicamente abusado (The Chemically Abused Child) (14).

Se ha descrito asimismo una variante de maltrato muy similar al Síndrome que nos ocupa, referida como Doctor Shopping, en los que los pacientes eran algo mayores y que a diferencia del síndrome original, 3 de los 4 pacientes cooperaron con los padres (15).

Finalmente, y ya en nuestra literatura, se utilizó el término Síndrome de Munchausen en Niños (16).

MECANISMOS PARA LA PRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Se trata indudablemente de una forma rara de maltrato al menor, en la que básicamente existe un fraude o engaño para con el médico a quien se le solicita atención. Sabemos claramente que el médico se encuentra en franca desventaja en situaciones como éstas ya que desde el inicio de nuestra educación se enfatiza en la necesidad de escuchar cuidadosamente lo que el paciente nos dice (17), dejando a los médicos bien intencionados en condiciones precarias ante estas situaciones (8). El problema principal para el médico, desde el punto de vista individual, es que por la historia entregada por los padres y su plena confianza en éstos, contribuye al abuso al practicar procedimientos innecesarios y potencialmente peligrosos en busca de un diagnóstico (18). En la más amplia revisión sobre el síndrome, realizada por la doctora Rosenberg sobre 117

expedientes (5), se expone la gran ingeniosidad de los padres para engañar a los médicos ya que no hubo subespecialidad pediátrica que no fuera visitada entre estos 117 pacientes.

Los mecanismos mediante los cuales los padres logran su objetivo pueden ser (19):

1. Fabricación de signos y síntomas falsos por los padres.
2. Alteraciones de especímenes de laboratorio como orina y sangre.
3. Por producción directa de los signos físicos o de una enfermedad.

Como el síndrome puede ser variable, puede dividirse en enfermedad simulada y enfermedad producida. La enfermedad simulada es la que es fabricada o inventada por el perpetrador, sin realmente existir, y que no causa daño por sí misma. En estos casos el maltrato proviene de las múltiples hospitalizaciones y exámenes a las que es sometido el paciente. Un ejemplo clásico son las crisis convulsivas. La enfermedad producida se define como la enfermedad que el perpetrador realmente ocasiona a la víctima, como cuando un paciente es traído a la consulta por presentar vómitos persistentes por habérselo administrado ipecacuana. De los casos de síndrome de Munchausen por poderes el 25% son simulados, otro 25% es producido y el restante 50% son una combinación de los anteriores (20). Probablemente los reportes ficticios o enfermedad simulada son menos severos que cuando se induce la enfermedad.

SINTOMAS Y CAUSAS EN PACIENTES CON SMPP		
SISTEMA	SINTOMAS	CAUSAS
Neurológico	convulsiones	medicamentos
	pérdida de conciencia	envenenamiento
	ataxia	sofocación
	retraso en el desarrollo	presión en seno carotídeo
Cardiorrespiratorio	apnea, cianosis, arresto cardiaco	sofocación
	hipertensión	alterar registros clínicos
	edema de extremidad	ligaduras, compresión
	fibrosis quística	alterar laboratorios
	asma	falta de tratamiento
Gastrointestinal	diarrea y vómitos recurrentes	medicamentos, envenenamiento
		inducción mecánica
	falla en el crecimiento	restricción de la dieta aspiración nasogástrica
Renal	poliuria, polidipsia	medicamentos
	hematuria, cálculo renal	añadir sangre a la orina añadir colorantes a la orina añadir el cálculo en la muestra mezclando especímenes
	bacteriuria	
Hematológico	púrpura	inyectando sangre bajo la piel frotando la piel
	hematemesis, hemoptisis, sangrado rectal	añadiendo sangre o colorantes
Inmunológico	fiebre recurrente, sepsis	calentar el termómetro inyectar material contaminado
	alergia	control ambiental excesivo control dietético excesivo
Dermatológico	exantemas	aplicación de irritantes raspar o inyectar en la piel
Metabólicos	hipoglucemia, glucosuria	abuso de insulina abuso soluciones glucosadas
	hipernatremia	adición de sal a alimentos
Síndrome de muerte súbita del lactante		

RECONOCIENDO LA ENFERMEDAD:

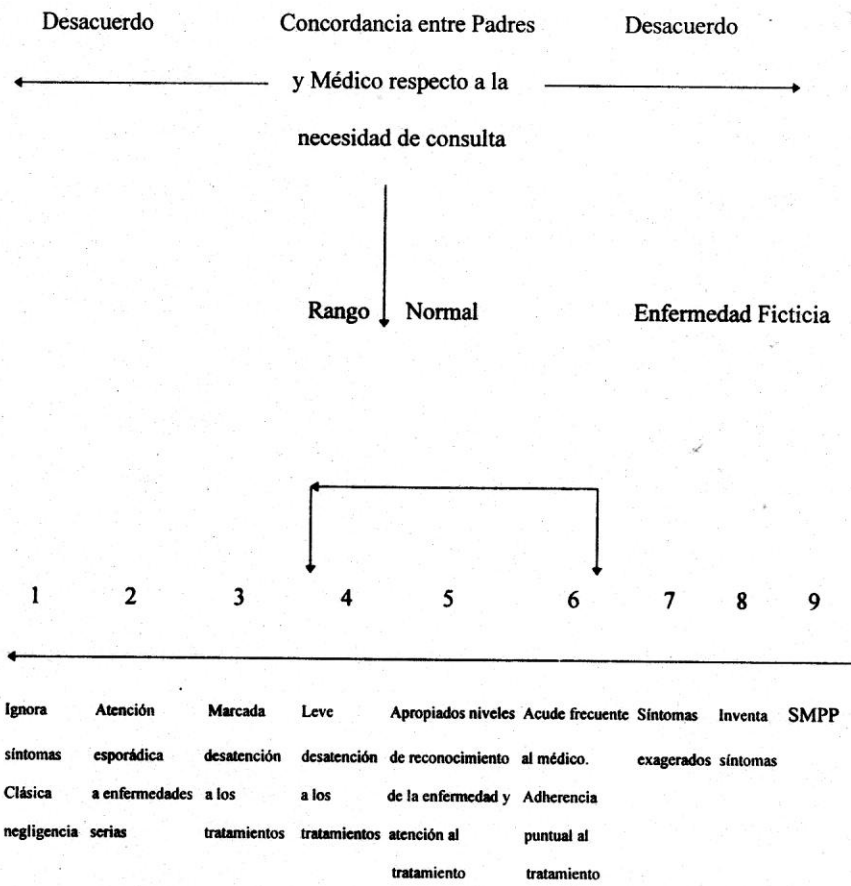
Existen algunos datos que hacen posible el establecer cierto nivel de sospecha en los casos que se presentan, mismos que han sido claramente explicados en publicaciones clásicas (2,7,21) y que se resumen a continuación:

1. Enfermedades inexplicables, prolongadas, y tan extraordinarias que aún los médicos de mayor experiencias afirmen que nunca antes vieron algo similar. La presentación inicial que alerta al pediatra es que la madre refiere numerosas alteraciones, usualmente más de cinco.
2. Síntomas y signos serios, inapropiados e incongruentes, que por su naturaleza son inverificables y no corroborados.
3. Los niños podrían no presentar ningún dato físico siendo los hallazgos incidentales.
4. Hay exclamaciones persistentes de que enfermedades serias han sido descubiertas en otros hospitales.
5. Niños que son referidos como alérgicos a una gran variedad de alimentos o medicamentos.
6. Tratamientos inefectivos o poco tolerados.
7. Madres que no están preocupadas de la enfermedad de sus niños tanto como los médicos o las enfermeras; madres que están constantemente con sus niños en el Hospital (sin siquiera abandonar las salas de hospitalización por breves períodos) y quienes se encuentran felices en dichas salas, formando relaciones extrañas e inusualmente cercanas con el personal.
8. Los pacientes son usualmente acompañados por sus madres y rara vez por los padres.

9. Familias en las que han ocurrido muertes súbitas de lactantes y familias en las que se refieren presentar condiciones clínicas muy serias entre sus distintos miembros.

10. Signos y síntomas que no ocurren al estar separados del perpetrador del maltrato.

En una de las publicaciones nombradas al inicio de este apartado (7) se establece una escala en la que se valora el deseo de consulta médica por parte de los padres de los pacientes, que consideramos de utilidad. Esta escala va del 1 al 9, correspondiendo el numeral 1 a la clásica negligencia, es decir ignorar los síntomas de un enfermo, y el numeral 9 a el Síndrome de Munchausen por Poderes, esto es, fabricar una enfermedad ficticia.



Cuadro 1: Concordancia entre padres y médicos respecto a la necesidad de consulta (7).

PREVALENCIA

Establecer con exactitud la prevalencia del síndrome es imposible, ya que en muchos casos la enfermedad no es reconocida. Esta falta de conocimiento hace por sí misma, que la posibilidad del Síndrome de Munchausen por Poderes sea excluida del diagnóstico diferencial, resultando en una subestimación de la frecuencia de presentación. En un cuestionario realizado entre participantes en una convención anual sobre maltrato al menor, sólo el 50% había escuchado algo sobre el síndrome (22). Por otra parte, siempre que sale a relucir una nueva enfermedad, hay el riesgo de catalogar como tal a muchos padecimientos que antes eran inexplicables. En un estudio realizado entre pacientes con apnea -una de las formas de presentación más comunes- el 2.7 por mil niños monitorizados habrían tenido una enfermedad ficticia producida por los padres (23).

La incidencia real del Síndrome de Munchausen por Poderes podría ir en aumento porque los desórdenes psicosociales están afectados por cambios en la sociedad y en la estructura de las familias.

Hasta la actualidad, se han reportado más de 250 casos del síndrome (20), siendo en su mayoría en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica; en nuestro medio no se tiene información precisa ya que muchos casos no son detectados o no son reportados.

CUADRO CLINICO

El problema principal al que nos enfrentamos los médicos ante este tipo de pacientes es que el cuadro clínico, al igual que las alteraciones laboratoriales pueden adoptar infinidad de variantes según la imaginación de quien perpetra el maltrato.

Los hallazgos más comunes son: crisis convulsivas, hemorragias, depresión del sistema nervioso central, apnea, diarrea crónica, vómitos, fiebre y exantemas (5). Como se ha mencionado anteriormente, ninguna subespecialidad pediátrica está exenta de verse frecuentada por pacientes con enfermedades ficticias, pero los más visitados son neurólogos y gastroenterólogos (24).

Se ha reportado también la presentación del cuadro como abuso sexual, siendo éste falso. Estos casos se reportan con mayor frecuencia cuando se está dando un divorcio o cuando hay disputa por la tutela de los menores.

Encontramos un caso realmente excepcional, en el que a una paciente a quien se le había instalado un catéter permanente posterior a una cirugía abdominal en período neonatal, tuvo 21 hospitalizaciones en 20 meses de vida, todas ellas por contaminación intencional del catéter central (25). Los costos de la atención médica de esta paciente ascendieron a 337.000 dólares.

En muchos de los casos, la patología existente no es única, sino que se acompaña de otros datos, siendo en su mayoría falla en el crecimiento (26).

CARACTERISTICAS DE LOS PERPETRADORES

La persona que produce el maltrato es en el 98% de los casos la madre biológica de la víctima (5). Sin embargo se ha reportado también raros casos en los que el padre es el causante del maltrato (27,28) y en otras ocasiones, madres adoptivas (25).

Por la frecuencia anteriormente anotada, la personalidad más estudiada en casos de síndrome de Munchausen por poderes es la materna. En el estudio de la doctora Rosenberg, se concluye que los perpetradores pueden estar ubicados en cualquier estrato socioeconómico, lo que contrasta con un estudio realizado entre pacientes con apnea en los que 20 de las 31 familias involucradas eran dependientes de ayuda económica gubernamental (23).

En algunos casos resalta que el paciente maltratado es un producto realmente deseado por la madre que incluso había sido concebido utilizando drogas para mejorar la fertilidad (29). En otros casos hay el antecedente de un producto previo fallecido lo que podría haber sido el factor desencadenante del comportamiento materno (30).

La edad promedio de la madre es de 29 años con un rango entre 24 y 37 años (21). Al parecer no existe ninguna relación entre la estructura de la familia y la producción del

maltrato, ya que se reporta en este mismo estudio que 15 de los 17 matrimonios vivían juntos. Cerca de la mitad de las madres tienen experiencia en trabajos relacionados a la profesión médica, casi siempre como enfermeras. En un 20% de los casos, la madre ha tenido una historia de síndrome de Munchausen (2).

En los casos en los que la madre produce el maltrato, los padres tienen poca injerencia en el caso (21), siendo generalmente débiles y poco involucrados con sus hijos (18). Casi nunca acuden al Hospital durante el internamiento de sus niños y la ocupación que desempeñan suele mantenerlos alejados de la familia (4).

Respecto a las relaciones entre el perpetrador y el personal médico y paramédico a cargo de la víctima, es bien conocido que las madres logran casi siempre una relación inusualmente estrecha. En otras ocasiones, la madre se presenta muy crítica respecto al personal, aduciendo que ella es la única que puede manejar al pequeño (1). Otros autores plantean que pareciera existir una barrera invisible que impide que las relaciones interpersonales forjadas por la madre, sean genuinas (4), lo que podría estar relacionado con un trastorno grave de la personalidad materna.

HERMANOS DE PACIENTES CON SMPP

Una de las causas de sospecha de la enfermedad es la presentación de síndrome de muerte súbita del lactante en algún hermano, lo que indica que el perpetrador podría tener no sólo un niño maltratado en su familia. Entre 117 casos, hubo hasta 10 hermanos de los pacientes fallecidos en circunstancias inusuales (5).

Se ha reportado casos de síndrome de Munchausen por poderes seriado dentro de una misma familia (31) por lo que se recomienda intervención en forma temprana al detectar el caso índice en una familia para evitar el riesgo a los otros miembros.

LA VÍCTIMA

Los pacientes que sufren el síndrome tienen edades variables entre los 4 meses y los 7 años (21), ya que los mayorcitos podrían revelar la verdad. No existe diferencia en cuanto al sexo de las víctimas (5) y tampoco se ha notado diferencias respecto al orden cronológico del nacimiento.

DIAGNOSTICO

Cuando se establece la sospecha de que un paciente está siendo objeto de maltrato y se manifiesta como un Síndrome de Munchausen por Poderes, lo principal y al mismo tiempo, lo más difícil es confirmar la existencia de la enfermedad ficticia y que está siendo fabricada o producida por quien está a cargo del menor. El mayor impedimento para llegar a un diagnóstico temprano es la omisión de la enfermedad como parte del diagnóstico diferencial (5). Esto puede deberse entre otras causas al desconocimiento médico acerca de la enfermedad, así como a la resistencia normal que se tiene para creer que un paciente está siendo objeto de maltrato. Además, debemos considerar que el

médico puede negarse a aceptar que los tratamientos han sido inapropiados ya que al contrario de lo que es su función en relación a preservar y restituir la salud de un paciente, haya contribuido al maltrato al haberse guiado por el engaño del perpetrador.

Por todos los motivos mencionados, existe gran demora en establecer el diagnóstico del síndrome. En un estudio se establece que existe una demora de más de seis meses en poder llegar al diagnóstico en por lo menos la tercera parte de los casos (24).

Como una gran parte de los maltratos se continúan presentando durante la hospitalización de los pacientes, se ha sugerido la utilización de vigilancia con circuito cerrado de televisión para poder comprobar la inducción de la enfermedad (32). Esto viene a ser una prueba irrefutable del maltrato en caso de presentarse, pudiendo tomarse como evidencia legal. El inconveniente es su alto costo y además, que no deja de ser una violación a la privacidad de la familia (33), lo que se ha tratado de disminuir, al colocar la cámara de vigilancia exclusivamente enfocando la cama del paciente.

Entre los pasos básicos para llegar al diagnóstico de una enfermedad ficticia encontramos (7):

1. Historia clínica detallada
2. Obtener la historia clínica de padres y hermanos
3. El niño debe ser examinado preferiblemente por medios no invasivos hasta corroborar la naturaleza de la enfermedad.

En muchos casos, el cuadro clínico se presenta como alteración del estado de conciencia por lo que ante la mínima sospecha de envenenamiento intencional deberán tomarse muestras de orina, lavado gástrico y sangre para posteriormente realizar un tamiz toxicológico.

Cuando el paciente está hospitalizado, debe vigilarse que los registros clínicos no sean alterados por el causante del maltrato y arreglar con el personal, la vigilancia del posible perpetrador.

CONFRONTACION CON EL PERPETRADOR

Una vez obtenido el diagnóstico inequívoco del maltrato el paso más delicado es confrontar al perpetrador, quien casi invariablemente niega la etiología de la enfermedad de su hijo. Nadie puede negar que es realmente difícil acusar a un padre o madre de estar maltratando a su hijo, con mayor razón aún cuando se conoce que durante este período algunas madres han cometido suicidio (2).

Se sugiere que al perpetrador debe confrontársele a solas y que el trato no debe ser condenatorio ni hostil sino apoyarlo para poder solucionar su problema actual (2,5).

TRATAMIENTO

El tratamiento de estos pacientes dependerá inicialmente del cuadro clínico que presenten a su ingreso. El niño es la primera prioridad y su protección se consigue casi siempre separándolo del perpetrador. La segunda prioridad es crear un paraguas de protección incluyendo la coordinación y movilización de los servicios pediátrico, psiquiátrico, social y legal (8).

La separación del perpetrador es fundamental ya que si la enfermedad está siendo fabricada intencionalmente, la separación traerá consigo la remisión del cuadro. Si la separación no puede conseguirse por mutuo acuerdo con los padres, deberá ser impuesta legalmente. Posteriormente debe retirarse del alcance de los niños cualquier posible fuente de envenenamiento como dulces, bebidas, pinturas, dentífrico (2). Se debe recalcar que solamente el personal médico y de enfermería debe estar permitido para administrar comidas, bebidas o medicamentos (1).

A través de una publicación, el Children's Hospital de Pittsburgh (4) presentó ciertos lineamientos para el tratamiento de estos pacientes, que se exponen a continuación:

1. Resolución del problema médico del paciente
2. Pruebas innecesarias deben suspenderse de inmediato.
3. Designar a un sólo miembro del personal médico que se dedique a proteger los intereses vitales del paciente durante la evaluación, la confrontación y el proceso legal,

así como será encargado también de instruir a otros profesionales sobre cómo manejar a una familia de este tipo.

4. Debe establecerse la meta de rehabilitar a los padres.

5. Valoración psicológica de los padres y el paciente.

Como parte del tratamiento se incluye la rehabilitación psicológica de los padres, habiéndose publicado un caso de manejo con psicoterapia con resultados satisfactorios (34).

Entre el personal médico involucrado con el caso, desempeñan un papel principal el pediatra y el psiquiatra infantil. Entre las funciones del pediatra (35) se encuentran: asegurarse de que el paciente no reciba tratamiento médico innecesario en otra institución y que reciba atención médica apropiada cuando presente una enfermedad natural. El psiquiatra infantil (7) debe establecer el grado de disturbio psicológico del paciente y plantear su manejo en base a éstas; determinar el estado mental de los padres, relaciones y funcionamiento de su personalidad; y finalmente, examinar las interacciones entre los padres y el paciente.

PRONOSTICO

En cuanto al cuadro principal, el pronóstico dependerá de la situación producida por el perpetrador. No son raros los casos en los que sobreviene la muerte del niño maltratado,

secundaria a la severidad de los daños ocasionados, como sucedió en uno de los casos índice publicados inicialmente por Meadow (1).

La mortalidad se ha calculado entre 9 y 12 % de los casos presentados (5,6,35). Debemos hacer hincapié en que la mortalidad se reporta casi en su totalidad en pacientes menores a 5 años.

El síndrome de Munchausen tiene riesgos diversos que van desde la incapacidad permanente hasta la muerte del paciente. Existen situaciones ya bien definidas en las que el médico a cargo del paciente debe actuar con urgencia ante la posibilidad de daño severo para el paciente (2,36):

1. Si el abuso incluye sofocación o envenenamiento.
2. Niños menores de 5 años.
3. Muertes inexplicadas en la familia.
4. Padres que padecen o han padecido Síndrome de Munchausen.
5. Poca comprensión de la familia acerca de lo que está ocurriendo y poca posibilidad de continuar con ayuda.
6. Factores sociales adversos como alcoholismo y adicción a drogas.
7. Persistencia de fabricación de enfermedades posterior a la confrontación.

Entre las alteraciones que se ha mencionado que persisten en estos pacientes, desde el punto de vista psicológico (37) se menciona la aparición de desórdenes alimentarios que parecen estar condicionados por interacciones poco placenteras al alimentarse,

hiperactividad, síndromes conversivos, y podrían finalmente, a una edad mayor, desarrollar cooperación con los perpetradores e incluso empezar a fabricar su propia historia y síntomas.

El pronóstico dependerá en definitiva de la decisión legal de separar al menor de la familia. Se debe insistir en que este es el paso primordial para asegurar un bienestar físico a largo plazo del paciente. Se reportó que de 30 niños a quienes se dio seguimiento posterior a un episodio de maltrato con Síndrome de Munchausen por poderes y continuaron viviendo con el perpetrador, en 10 se presentaron nuevas fabricaciones de enfermedad (9).

Muchos pacientes víctimas del síndrome, presentan retraso en el desarrollo como resultado del daño perpetrado en ellos o como resultado de hospitalizaciones crónicas y ausencia de estímulos apropiados (20).

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Cuando un médico se enfrenta a una situación de este tipo, tiene la obligación de reportarlo ante las autoridades legales y de esta manera prevenir nuevos abusos y preservar la salud de su paciente.

Uno de los principales problemas éticos estriba en que el médico debe guardar todos los secretos relativos a las enfermedades de sus pacientes lo que se opone a su intención de poner al descubierto estos casos. Autores españoles (36) han encontrado una salida adecuada para resolver este dilema ético. Ellos afirman que en el caso del síndrome de Munchausen por poderes, la relación médico paciente está desvirtuada por el engaño al que el médico está sometido y por lo tanto, al no haber dicha relación, la confidencialidad que debe guardar el médico es cuestionable.

La decisión final de remover a un paciente de su ambiente familiar depende de las autoridades legales, quienes deben basarse en recomendaciones de tipo médico y social (6). Además, en otros países, no son raros los casos en que además de la separación que asegure protección al menor, se ha enviado a prisión a los perpetradores (1,38).

Una parte generalmente olvidada en los casos de maltrato es el modo en que debe manejarse el expediente clínico del paciente. Es de particular importancia ya que el expediente servirá de base para cualquier determinación legal posterior, debe ser lo más claro y comprensible posible. Las frases y palabras deben considerarse cuidadosamente. Cuando se sospecha el maltrato, los pediatras deberán facilitar el uso de los expedientes

a otros profesionales involucrados, evitando el uso de abreviaturas y jergas médicas
(39). Debe mantenerse siempre presente que el perpetrador podría tener acceso al expediente.

BIBLIOGRAFIA

1. Lorber J, Reckless J, Watson J. Nonaccidental poisoning: the elusive diagnosis. *Arch Dis Child* 1980; 55: 643-6.
 2. Meadow R. Management of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985; 60: 385-93.
 3. Goodman A, Rall T, Nies A, Taylor P. *The pharmacological basis of therapeutics*. 8a. ed. Singapore: McGraw-Hill, 1992; vol 2: 300.
 4. Zitelli BJ, Seltman MF, Shannon RM. Munchausen's syndrome by proxy and its professional participants. *AJDC* 1987; 141: 1099-102.
 5. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547-63.
 6. Jones JG. Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1986; 10: 33-40.
 7. Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1510-16.
 8. Palmer A, Yoshimura GJ. Munchausen syndrome by proxy. *J Amer Acad Child Psychiatry* 1984; 23: 503-8.
 9. Bools CN, Neale BA, Meadow R. Follow up of victims of factitious illness. *Arch Dis Child* 1993; 69: 625-30.
 10. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343-5.
 11. Burman D, Stevens D. Munchausen family. *Lancet* 1977; 2: 456.
 12. Ackerman N, Strobel C. Polle syndrome: chronic diarrhea in Munchausen's child. *Gastroenterology* 1981; 81: 1140-2.
 13. Meadow R, Lennert T. Munchausen by proxy or Polle syndrome: which term is correct? *Pediatrics* 1984; 74: 554-6.
 14. Shnaps Y, Frand M, Rotem Y, Tirosh M. The chemically abused child. *Pediatrics* 1981; 68: 119-21.
 15. Woolcott P, Aceto T, Rutt C, Bloom M, Glick R. Doctor shopping with the child as a proxy patient: a variant of child abuse. *J Pediatr* 1982; 101: 297-301.
 16. Loredo A, Sierra J, Oldak D, Carbajal L. Síndrome de Munchausen en niños: informe de dos casos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991; 48: 121-5.
 17. Guandolo VL. Munchausen syndrome by proxy: an outpatient challenge. *Pediatrics* 1985; 75: 526-30.
 18. Sullivan CA, Francis GL, Bain M, Hartz J. Munchausen syndrome by proxy: 1990. A portent for problems? *Clinical Pediatrics* 1991; 30: 112-6.
 19. Jones DPH. The syndrome of Munchausen by proxy. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 769-71.
 20. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy. En: Reece RM. *Child Abuse: medical diagnosis and management*. Malvern: Lea & Febiger, 1994: 266-77.
 21. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-8.
-

22. Kaufman KL, Coury D. Munchausen syndrome by proxy: a survey of professionals knowledge. *Child Abuse Negl* 1989; 13: 141-7.
23. Light MJ, Sheridan MS. Munchausen syndrome by proxy and apnea. *Clinical Pediatrics* 1990; 29: 162-8.
24. Schreier HA, Libow JA. Munchausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence. *Amer J Orthopsychiat* 1993; 63: 318-21.
25. Frederick V, Luedke GS, Barrett FF, Hixson SD, Burch K. Munchausen syndrome by proxy: recurrent central catheter sepsis. *Pediatr Inf Dis J* 1990; 9: 440-2.
26. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Co-morbidity associated with fabricated illness. *Arch Dis Child* 1992; 67: 77-9.
27. Makar AF, Squier PJ. Munchausen syndrome by proxy: father as perpetrator. *Pediatrics* 1990; 85: 370-3.
28. Jones VF, Badgett JT, Minella JL, Schuschke LA. The role of the male caretaker in munchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics* 1993.
29. Clayton P, Counahan R, Chantler C. Munchausen syndrome by proxy. *Lancet* 1978; 1: 103.
30. Watson J, Davies J, Hunter J. Nonaccidental poisoning in childhood. *Arch Dis Child* 1979; 54: 143-4.
31. Alexander R, Smith W, Stevenson R. Serial munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1990; 86: 581-5.
32. Epstein MA, Markowitz RL, Gallo DM, Walker HJ, Gryboski JD. Munchausen syndrome by proxy: considerations in diagnosis and confirmation by video surveillance. *Pediatrics* 1987; 80: 220-4.
33. Williams C, Bevan T. The secret observation of children in hospital. *Lancet* 1988; 1: 780-1.
34. Nicol A, Eccles M. Psychotherapy for munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985; 60: 344-8.
35. Samuels MP, Southall DP. Munchausen syndrome by proxy. *British J Hosp Med* 1992; 47: 759-62.
36. Escudero B, Zapatero M, Arizmendi M, Arana Y, Mardomingo M, Catalina M. Síndrome de Munchausen por poderes. *Actuación médica. Acta Ped Esp* 1993; 51: 759-65.
37. McGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989; 83: 289-92.
38. Pickering L, Kohl S. Munchausen syndrome by proxy. *AJDC* 1981; 135: 288-9.
39. Dubowitz H, Bross DC. The pediatrician's documentation of child maltreatment. *AJDC* 1992; 146: 596-9.